

第1号様式（第4条関係）

蒲郡市卵アレルギー対応給食提供希望調査表

年 月 日

蒲郡市教育委員会 行

保護者氏名

別紙「蒲郡市の学校給食について」の「3（2）蒲郡市卵アレルギー対応給食を希望する方の手順」に示してある卵アレルギー対応給食の提供を希望する場合は以下を記入し、就学時健康診断時に提出してください。

ふりがな お子様の氏名		生年 月日	年 月 日 (歳)
住所		電話	
学校名等	蒲郡市立 学校		
緊急 時連 絡先	保護者名	電話	
	勤務先	電話	
かかりつけの病院又は 主治医名		電話	

※提出された保護者の方には、就学時健康診断時に「様式2 食物アレルギー対応申請書」「様式3-1 主治医宛文書」「様式3-2 学校生活管理指導表」「新就学児卵アレルギー対応給食個別説明のご案内」が配布されます。

問い合わせ先

蒲郡市教育委員会 学校給食課
(蒲郡市学校給食センター内)

住 所： 蒲郡市三谷町水神町通12番地2

電 話： (0533) 66-1800

F A X： (0533) 66-1801

第2号様式（第5条関係）

蒲郡市卵アレルギー対応給食提供申請書

年 月 日

蒲郡市長 様

蒲郡市立 保育園

保護者氏名

下記のとおり蒲郡市卵アレルギー対応給食の提供を申請します。

ふりがな 児童氏名				
歳児・組		歳児	組	生年月日 年 月 日
住所				電話
緊急 時連 絡先	保護者名			
	勤務先			
かかりつけの病院 又は主治医名				

第2号様式（第5条関係）

蒲郡市卵アレルギー対応給食提供申請書

年 月 日

蒲郡市教育委員会 様

蒲郡市立 _____ 学校

保護者氏名 _____

下記のとおり蒲郡市卵アレルギー対応給食の提供を申請します。

ふりがな 児童生徒氏名			
学年・組		年 組	生年 月日 年 月 日 (歳)
住所			電話
緊急 時連 絡先	保護者名		電話
	勤務先		電話
かかりつけの病院 又は主治医名			電話

蒲郡市卵アレルギー対応給食提供決定通知書

年 月 日

様

蒲郡市長

年 月 日付で申請のあった蒲郡市卵アレルギー対応給食の提供について、次のとおり決定したので通知します。

対 象 児 童	保 育 園 名	蒲 郡 市 立	保 育 園	歳 児	組
	氏 名				
実 施 開 始 月	年 月 から				

蒲郡市の給食において提供する卵アレルギー対応給食は、調理の過程で鶏卵、うずら卵を加える前に専用のなべに移し替え、専用室で味付けをして専用の容器に入れ、児童まで届けます。

食材を煮るまでのなべなどは、専用のものではないことを申し添えます。

蒲郡市卵アレルギー対応給食提供決定通知書

年 月 日

様

蒲郡市教育委員会

年 月 日付で申請のあった蒲郡市卵アレルギー対応給食の提供について、次のとおり決定したので通知します。

対象児童 又は生徒	学校名	蒲郡市立	学校	年	組
	氏名				
実施開始月	年 月から				

蒲郡市の給食において提供する卵アレルギー対応給食は、調理の過程で鶏卵、うずら卵を加える前に専用のなべに移し替え、専用室で味付けをして専用の容器に入れ、児童生徒まで届けます。

食材を煮るまでのなべや、児童生徒が教室で食べる際に使用する食器は専用のものでないことを申し添えます。

保育園用

第4号様式（第6条関係）

蒲郡市卵アレルギー対応給食の提供について（通知）

年 月 日

様

蒲郡市長

年 月 日付で申請のあった蒲郡市卵アレルギー対応給食の提供については、審査の結果、提供しないことを決定しましたので通知いたします。

対象児童	学校名	蒲郡市立 保育園 歳児 組
	氏名	
提供しないこととした理由		

蒲郡市卵アレルギー対応給食の提供について（通知）

年 月 日

様

蒲郡市教育委員会

年 月 日付で申請のあった蒲郡市卵アレルギー対応給食の提供については、審査の結果、提供しないことを決定しましたので通知いたします。

対象児童 又は生徒	学校名	蒲郡市立	学校	年	組
	氏名				
提供しないこととした理由					

保育園用

取 扱 注 意

第5号様式（第7条関係）

蒲郡市卵アレルギー対応給食継続提供申請書

年 月 日

蒲郡市長 様

蒲郡市立 保育園

保護者氏名

下記のとおり蒲郡市卵アレルギー対応給食の継続提供を申請します。

ふりがな 児童氏名				
歳児・組	歳児	組	生年 月日	年 月 日
住所			電話	
緊急 時連 絡先	保護者名		電話	
	勤務先		電話	
かかりつけの病院 又は主治医名			電話	

第5号様式（第7条関係）

蒲郡市卵アレルギー対応給食継続提供申請書

年 月 日

蒲郡市教育委員会 様

蒲郡市立 学校

保護者氏名

下記のとおり蒲郡市卵アレルギー対応給食の継続提供を申請します。

ふりがな 児童生徒氏名			
学年・組		年 組	生年 月日 年 月 日 (歳)
住所			電話
緊急 時連 絡先	保護者名		電話
	勤務先		電話
かかりつけの病院 又は主治医名			電話

保育園用

第6号様式（第8条関係）

蒲郡市卵アレルギー対応給食継続決定通知書

年 月 日

様

蒲郡市長

年 月 日付で申請のあった蒲郡市卵アレルギー対応給食の提供について、次のとおり決定したので通知します。

対象児童	保育園名	蒲郡市立	保育園	歳児	組
	氏名				
継続期間	年 月まで				

蒲郡市の給食において提供する卵アレルギー対応給食は、調理の過程で鶏卵、うずら卵を加える前に専用のなべに移し替え、専用室で味付けをして専用の容器に入れ、児童まで届けます。

食材を煮るまでのなべなどは、専用のものではないことを申し添えます。

蒲郡市卵アレルギー対応給食継続決定通知書

年 月 日

様

蒲郡市教育委員会

年 月 日付で申請のあった蒲郡市卵アレルギー対応給食の提供について、次のとおり決定したので通知します。

対象児童 又は生徒	学校名	蒲郡市立	学校	年	組
	氏名				
継続期間	年 月まで				

蒲郡市の給食において提供する卵アレルギー対応給食は、調理の過程で鶏卵、うずら卵を加える前に専用のなべに移し替え、専用室で味付けをして専用の容器に入れ、児童生徒まで届けます。

食材を煮るまでのなべや、児童生徒が教室で食べる際に使用する食器は専用のものでないことを申し添えます。

保育園用

第7号様式（第8条関係）

蒲郡市卵アレルギー対応給食継続について（通知）

年 月 日

様

蒲郡市長

年 月 日付で申請のあった蒲郡市卵アレルギー対応給食の提供については、継続しないことを決定しましたので通知いたします。

対象児童	保育園名	蒲郡市立	保育園	歳児	組
	氏名				
継続中止	年 月から				
継続しないこととした理由					

蒲郡市卵アレルギー対応給食継続について（通知）

年 月 日

様

蒲郡市教育委員会

年 月 日付で申請のあった蒲郡市卵アレルギー対応給食の提供については、継続しないことを決定しましたので通知いたします。

対象児童 又は生徒	学校名	蒲郡市立	学校	年	組
	氏名				
継続中止	年 月から				
継続しないこととした理由					

蒲郡市卵アレルギー対応給食承諾書

年 月 日

蒲郡市長 様

保育園名 蒲郡市立 保育園

歳児 組

保護者氏名

児童氏名

月分卵アレルギー対応給食は、予定献立表のとおりとすることについて承諾します。
 実施予定表中、日付及び献立名を○で囲んだものは喫食し、×で抹消したものは喫食しません（喫食できない理由を記載します）。

実 施 予 定 表

日付	卵アレルギー対応給食 (献立名)	喫食できない理由
(対応給食不要の場合の記入例) 5月10日	八宝菜(うずら卵抜き)	えびが入っているため
食べない場合はこのように×で消すと、対応給食不要となります。		
(対応給食を食べる場合の記入例) 5月16日	かきたま汁(たまご抜き)	
食べる場合はこのように○で囲むと、対応給食提供となります。		
月 日		
月 日		
月 日		
月 日		

※上記の献立についてのみ卵アレルギー対応給食を提供します。このほかに卵を使用した献立がありますので、必ず献立表（アレルギー一覧）にてご確認ください。

第8号様式（第9条関係）

蒲郡市卵アレルギー対応給食承諾書

年 月 日

蒲郡市教育委員会 様

学 校 名 蒲郡市立 学校

年 組

保護者氏名

児童生徒氏名

月分卵アレルギー対応給食は、予定献立表のとおりとすることについて承諾します。
実施予定表中、日付及び献立名を○で囲んだものは喫食し、×で抹消したものは喫食しません（喫食できない理由を記載します）。

実 施 予 定 表

日付	卵アレルギー対応給食 (献立名)	喫食できない理由
(対応給食不要の場合の記入例) 5月10日 八宝菜(うずら卵抜き) 食べない場合はこのように×で消すと、対応給食不要となります。		えびが入っているため
(対応給食を食べる場合の記入例) ○5月16日 ○かきたま汁(たまご抜き)		
月 日		
月 日		
月 日		
月 日		

※上記の献立についてのみ卵アレルギー対応給食を提供します。このほかに卵を使用した献立がありますので、必ず献立表（アレルギー一覧）にてご確認ください。

第9号様式（第10条関係）

蒲郡市卵アレルギー対応給食中止願

年 月 日

蒲郡市長 様

保育園名 蒲郡市立 保育園
歳児 組

保護者氏名

児童氏名

下記のとおり蒲郡市卵アレルギー対応給食の提供を中止してください。
記

- 1 中止年月日 年 月 日から
- 2 中止の理由（ア～ウのいずれかに○を記入して下さい）

- ア 症状の軽減により除去食の必要性がなくなったため
- イ 他のアレルゲンの関与等により事業の提供を受けることが困難となったため
- ウ その他（ ）

※ 理由がアの場合は、以下に記入をしてください。（該当する項目すべてに☑をしてください。）

チェック	現 病 歴												
<input type="checkbox"/>	下記のとおり医師の診断を受けています。 <table border="1"><tr><td>診 察 日</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>病 院 名</td><td></td><td>医師名</td><td></td></tr><tr><td>診断内容 (具体的に記入)</td><td colspan="3"></td></tr></table>	診 察 日				病 院 名		医師名		診断内容 (具体的に記入)			
診 察 日													
病 院 名		医師名											
診断内容 (具体的に記入)													
<input type="checkbox"/>	家庭において複数回摂取し、異常はありません。												

第9号様式（第10条関係）

蒲郡市卵アレルギー対応給食中止願

年 月 日

蒲郡市教育委員会 様

学 校 名 蒲郡市立 学校

年 組

保 護 者 氏 名

児 童 生 徒 氏 名

下記のとおり蒲郡市卵アレルギー対応給食の提供を中止してください。

記

1 中止年月日 年 月 日から

2 中止の理由（ア～ウのいずれかに○を記入して下さい）

ア 症状の軽減により除去食の必要性がなくなったため

イ 他のアレルゲンの関与等により事業の提供を受けることが困難となったため

ウ その他（ ）

※ 理由がアの場合で、学校生活管理指導表の提出ができない場合は、以下に記入をしてください。（該当する項目すべてに☑をしてください。）

チェック	現 病 歴												
<input type="checkbox"/>	<p>下記のとおり医師の診断を受けています。</p> <table border="1"> <tr> <td>診 察 日</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>病 院 名</td> <td></td> <td>医 師 名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>診断内容 (具体的に記入)</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>	診 察 日				病 院 名		医 師 名		診断内容 (具体的に記入)			
診 察 日													
病 院 名		医 師 名											
診断内容 (具体的に記入)													
<input type="checkbox"/>	家庭において複数回摂取し、異常はありません。												

保育園用

第10号様式（第10条関係）

蒲郡市卵アレルギー対応給食中止決定通知書

年 月 日

様

蒲郡市長

年 月 日付で中止願のあった蒲郡市卵アレルギー対応給食の提供について、次のとおり中止することに決定したので通知します。

対象児童	保育園名	蒲郡市立	保育園	歳児	組
	氏名				
対応給食中止 年 月 日	年 月 日から				

蒲郡市卵アレルギー対応給食中止決定通知書

年 月 日

様

蒲郡市教育委員会

年 月 日付で中止願のあった蒲郡市卵アレルギー対応給食の提供について、次のとおり中止することに決定したので通知します。

対象児童 又は生徒	学校名	蒲郡市立	学校	年	組
	氏名				
対応給食中止 年 月 日	年 月 日から				